

合肥市人民政府文件

合政〔2018〕96号

合肥市人民政府关于印发《合肥市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》的通知

各县（市）、区人民政府，市政府各部门，各直属机构：

《合肥市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》已经2018年8月23日市政府第14次常务会审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。



2018年8月30日

合肥市城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)

第一章 总 则

第一条 为建立全市统一的城乡居民基本医疗保险制度,保障参保人员基本医疗需求,根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)、《安徽省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》(皖政〔2016〕113号)等相关规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则,坚持政府补助与个人筹资相结合的原则,坚持保障水平与经济社会发展相适应的原则,实行市级统筹、分级管理。

第三条 各级人民政府应将城乡居民基本医疗保险纳入国民经济和社会发展规划,逐步加大城乡居民基本医疗保险资金投入,为城乡居民基本医疗保险提供经费保障,并按规定纳入各级财政预算安排。

县(市)区人民政府、开发区管委会负责辖区内城乡居民基本医疗保险组织实施工作。乡镇人民政府(街道办事处、社区管理委员会)具体负责城乡居民基本医疗保险政策宣传、组织参加

医疗保险（以下简称参保）等工作。

第四条 医疗保障部门负责城乡居民基本医疗保险政策制定、组织实施和监督管理等工作。

医疗保障基金管理机构负责城乡居民基本医疗保险就医管理、待遇支付和基金管理经办工作。

教育部门负责在校学生参保组织工作。

财政部门负责落实城乡居民基本医疗保险财政补助资金，做好城乡居民基本医疗保险基金财政专户管理、预算安排和拨付等工作。

税务部门负责城乡居民个人医疗保险费征收管理工作。

民政部门负责特困供养人员、社会散居孤儿、低保对象、低收入家庭收入认定工作。

卫生计生部门负责计划生育特殊家庭认定及医疗行为监督管理工作。

扶贫部门负责建档立卡贫困人口认定工作。

发展改革、公安、审计、食品药品监管、残联等部门，按照各自工作职责，协同做好城乡居民基本医疗保险工作。

第五条 本办法适用于全市范围内参加职工基本医疗保险以外的其他所有城乡居民。包括：

（一）具有本市户籍的城乡居民；

（二）非本市户籍，持有本市居住证在原籍未参加医疗保险的城乡居民；

(三) 各类在校学生。

第六条 城乡居民基本医疗保险个人缴费标准、财政补助标准，按不低于国家、省规定标准执行。2018年城乡居民基本医疗保险财政补助标准为每人490元，个人缴费标准为每人220元。

第二章 参保缴费

第七条 城乡居民基本医疗保险以自然年度（每年1月1日至12月31日）为保险年度，每年9月1日至12月20日为下一保险年度集中参保期。城乡居民应在集中参保期内办理参保缴费手续。

新入学学生入学当年在集中参保期缴纳下一年度城乡居民基本医疗保险费的，自入学之日起享受医疗保险待遇。

第八条 未在集中参保期参保缴费的下列人员，可按规定补办参保缴费手续并享受相关医疗保险待遇：

(一) 新生儿参保。新生儿监护人在新生儿出生之日起3个月内为新生儿办理参保缴费手续的，自出生之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇；超过3个月参保缴费的，自缴费之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

(二) 退役士兵、刑满释放人员办理参保缴费手续的，自缴费之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

(三) 持有市精神障碍患者救助卡的精神障碍患者办理参保

缴费手续的，自缴费之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

未在集中参保期参保的其他人员不予补办参保缴费手续。

第九条 城乡居民由户籍地或居住地社区（村）居民委员会组织参保登记，代收代缴参保费用。

合肥市区各类在校学生由所在学校组织参保登记，代收代缴参保费用；县（市）在校学生也可以在户籍地随家庭参保登记。

医疗救助对象（特困供养人员、社会散居孤儿、低保对象、贫困人口，计划生育特殊家庭父母，低收入家庭中的老年人、未成年人、重病患者、重度残疾人）个人缴费部分，由城乡医疗救助基金全额代缴。

在非集中参保期补办城乡居民医保参保手续的，由医保经办机构负责办理参保缴费手续。

城乡居民不得重复参加基本医疗保险。

城乡居民基本医疗保险费应及时上缴入库，不得截留、挪用。

第三章 医疗保险待遇

第十条 城乡居民基本医疗保险待遇包括住院待遇、门诊待遇和其他医疗待遇。一个年度内，城乡居民基本医疗保险基金累计最高支付 30 万元/人。

第十一条 住院待遇。参保人员在定点医疗机构住院发生政策范围内的医疗费用，按以下规定享受医疗待遇：

(一)普通住院。普通住院设置起付线，起付线以下费用由个人自付，起付线以上、基金支付限额以内的费用，由城乡居民基本医疗保险基金和个人按比例分担。

1.起付线及支付比例。参保居民在一级医院(含乡镇卫生院、社区卫生服务中心)、二级医院、三级医院、省属三级医院住院治疗的，起付线分别为200元、400元、600元、1000元，基金支付比例分别为90%、85%、80%、75%。

跨县域和合肥市区住院治疗的，起付线增加1倍；通过分级诊疗逐级转诊和在上级医院急诊抢救的，基金支付比例不变；未通过分级诊疗逐级转诊的，基金支付比例降低5个百分点。

2.住院起付线减免。

(1)参保学生、18周岁及以下居民住院起付线减半。

(2)特困供养人员、社会散居孤儿住院不设起付线；贫困人口在县域内住院不设起付线。

(3)重点优抚对象、低保对象、计划生育特殊家庭父母免除参保年度内首次住院起付线。

(4)恶性肿瘤放化疗、肢体康复、智力康复、孤独症康复、听力和言语康复等需要分疗程间段多次住院的特殊疾病患者，在同一医疗机构住院的，一个参保年度内只设一次起付线。

(5)实行双向转诊的，免除上转首次及下转第二次住院起付线。

3.保底报销待遇。普通住院医疗费用实行保底报销，符合规

定的医疗费用，按 45%比例报销。

（二）按病种付费住院待遇。实行按病种付费的住院患者，住院不设起付线，不受药品目录、医疗服务项目目录限制。具体办法由市医疗保障部门会同财政、卫生计生部门另行制定。

（三）日间病房待遇。参保患者在日间病房发生的医疗费用，执行同类别医疗机构住院医保待遇。

第十二条 门诊待遇按以下规定执行：

（一）基层普通门诊。参保居民在乡镇卫生院（含实行一体化管理的村卫生室）、社区服务中心，发生的普通门诊费用，纳入医保报销范围。

普通门诊不设起付线，实行按比例封顶报销。在村卫生室、乡镇卫生院（社区卫生服中心）发生的普通门诊费用，医保基金按 80%比例支付，单次分别最高支付 20 元、50 元，年度基金累计最高支付 100 元/人。

（二）大额普通门诊。一个年度内，参保居民在二级以上医疗机构普通门诊（不含特殊病门诊）发生的政策范围内医药费用，单次达到 300 元且年度累计超过 600 元的，超过部分按 40%比例给予报销，年度基金累计最高支付 1500 元/人。

（三）大学生普通门诊。在校大学生普通门诊可以按照 30 元/人标准由学校包干使用，不再享受基层普通门诊和大额普通门诊待遇。

（四）特殊病门诊。整合城乡居民特殊病门诊保障待遇，扩

大病种范围和报销比例。具体办法由市医疗保障部门会同财政、卫生计生部门另行制定。

第十三条 其他医疗保险待遇。

(一) 住院分娩补助。参保产妇住院分娩发生的生育医疗费用定额补助 1200 元。产妇分娩期因并发症住院产生的医疗费用，按同类别医院住院医疗保险待遇执行，不再享受定额补助。

(二) 残疾人辅助器具补助。残疾人装配辅助器具按装配费用的 50%比例给予补助，补助周期为五年。下肢残疾人装配下肢假肢，每具大腿假肢最高补助 2000 元，每具小腿假肢最高补助 1000 元；7 周岁以下（含 7 周岁）听力障碍儿童配备助听器，每只最高补助 3500 元。

符合规定的残疾人，凭残疾人证复印件、辅助器具装配单及发票在参保地经办机构办理补助手续。

(三) 捐赠器官或组织手术。参保居民捐赠器官或组织的住院医疗费用（不含器官源或组织源费用以及院外配型、检测检验、运输、储存等相关费用），由医疗保险基金全额支付。

第十四条 参保居民在市外住院发生的医疗费用，按《合肥市异地就医管理办法》执行。

第十五条 参保居民因患重大疾病发生的高额医疗费用，在享受城乡居民基本医疗保险待遇后，一个保险年度个人负担的合规医疗费用累计超过大病保险起付线部分，由大病保险给予保障。具体办法另行制定。

第四章 就医服务

第十六条 城乡居民就医按照《安徽省基本医疗保险药品目录》、《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》、《医疗服务设施目录》、《安徽省基本医疗保险合规费用负面清单》等相关规定执行，其中门诊特殊（慢性）病用药和诊疗项目范围按照特殊（慢性）病管理规定执行。

第十七条 城乡居民基本医疗保险实行定点医疗机构协议管理。医疗保障基金管理机构应建立健全协议医疗机构准入退出机制，实行动态管理。定点医疗机构应严格执行城乡居民基本医疗保险政策，认真履行医疗保险服务协议，规范诊疗行为，严格掌握疾病入院指征和住院标准，不得以任何理由推诿、拒绝符合入院标准的参保人员住院治疗。定点医疗机构协议管理办法由市医疗保障部门会同财政、卫生计生部门另行制定。

第十八条 定点医疗机构应按照城乡居民基本医疗保险信息系统建设规范的要求，完善医院信息系统建设，实时传输和反馈医院诊疗信息、医疗保险智能监控信息，实现居民医疗保险、大病保险、城乡医疗救助和贫困人口健康脱贫信息共享。

第十九条 参保居民持社会保障卡（或二代身份证、其他有效身份证件）在定点医疗机构就医产生的医疗费用，基金支付部分由医保经办机构与协议定点医疗机构结算，个人自付部分由个

人在医院即时结算。

第二十条 发挥医保支付杠杆作用，支持家庭医生有偿签约服务，推进基层首诊、分级诊疗、双向转诊，引导参保人员合理就诊，规范就医。急诊急救病人、70岁以上老年人、0-3岁婴幼儿、重度残疾人按照“就近就医”原则选择定点医疗机构诊治。

第五章 基金管理

第二十一条 城乡居民医疗保险基金实行市级统筹、分级核算，确保应支付费用及时足额拨付，合理控制基金当年结余率和累计结余率，提高使用效率。建立基金当年结余率和累计结余率动态监测机制，健全基金运行风险预警机制，防范基金风险。市本级及县（市）城乡居民医保基金当年出现的亏损，分别由市本级、县（市）历年基金结余弥补。

根据城乡居民医疗保险基金结余情况适时建立调剂金制度。

第二十二条 城乡居民医疗保险基金由居民个人缴费资金、政府配套补助资金、城乡居民医疗保险基金利息收入和其他收入组成。城乡居民医疗保险基金纳入财政专户管理、专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。

坚持基金收支运行情况信息公开制度，建立健全城乡居民基本医疗保险基金预决算制度、财务会计制度，加强基金收支管理，强化基金内部审计和外部监督。

第二十三条 城乡居民基本医疗保险实行总额控制下的按病种、按人头、按床日等多种付费方式相结合的复合式支付方式，有效控制医疗费用增长。

第六章 经办管理

第二十四条 建立全市统一的医疗保障信息系统，实现市、县（市）、乡镇（街道）、村（社区）实时联网，满足城乡居民基本医疗保险信息发布、参保缴费、看病报销、统计分析、投诉举报、监督管理、智能审核监控、费用审核拨付和一站式结算等管理和服务需要。建立城乡居民医疗保险移动缴费系统，方便居民参保缴费。

第二十五条 制定全市统一的城乡居民基本医疗保险管理制度、经办流程、工作标准和业务规范，推进经办标准化建设，提升服务质量和水平。

第二十六条 城乡居民基本医疗保险和大病保险可集中委托商业保险机构承办。医疗保障基金管理机构应按照国家法律法规的规定，在合肥公共资源交易平台，统一招标选择符合条件的商业保险机构承办城乡居民基本医疗保险和大病保险。招标内容应按照“收支平衡、保本微利、自负盈亏”原则，设定支付比例、盈亏率、管理力量等内容。医疗保障基金管理机构与中标商业保险机构签订城乡居民大病保险服务协议，实行合同管理，合同期

一般为 3 年。

第七章 附 则

第二十七条 单位和个人套取、骗取医疗保险基金的，由医疗保障部门依据《中华人民共和国社会保险法》、《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》（省政府令第 284 号）等相关规定处理。医疗机构、医疗保险经办机构违反协议管理规定的，还应按照协议管理规定处理。

第二十八条 城乡居民基本医疗保险和大病保险筹资标准、保障待遇应根据经济社会发展、居民收入、医疗服务水平和基金运行情况适时调整，由市医疗保障部门会同市财政部门提出，报市政府批准后实施。

第二十九条 本办法由市医疗保障部门负责解释。

第三十条 本办法自发布之日起施行，医疗保险待遇执行时间为 2019 年 1 月 1 日，有效期至 2019 年 12 月 31 日。合肥市及各县（市）原城镇居民基本医疗保险、城乡居民基本（合作）医疗保险政策与本办法不一致的，按照本办法执行。

附件：安徽省基本医疗保险合规费用负面清单

附件

安徽省基本医疗保险合规费用负面清单

序号	项目/费用	政策范围内 费用范围	保底报销 政策范围	大病保险 合规范围
一、法规类				
1	应当从工伤保险等其他基金中支付的医疗费用	不纳入	不纳入	不纳入
2	应当由第三人负担的医疗费用	不纳入	不纳入	不纳入
3	应当由公共卫生负担的医疗费用	不纳入	不纳入	不纳入
4	在境外就医发生的医疗费用	不纳入	不纳入	不纳入
二、超支付标准类				
5	单价超过 0.5 万元的检查类医疗服务项目，超出部分的费用	不纳入		不纳入
6	单价（最小计价单位）超过 1 万元的药品，超出部分的费用	不纳入		不纳入
7	单价超过 2 万元的治疗类医疗服务项目，超出部分的费用	不纳入		不纳入
8	单价超过 3 万元的医用材料，超出部分的费用	不纳入		不纳入
9	超过省属医院收费标准的医疗服务项目，超出部分的费用	不纳入	不纳入	不纳入
三、药品类				
10	《药品目录》乙类药品，不计入可报销费用政策范围部分的费用	不纳入		
11	《药品目录》目录外的药品	不纳入		
12	《药品目录》单味或复方均不支付的中药饮片及药材费用单味使用不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入	不纳入	不纳入

序号	项目/费用	政策范围内 费用范围	保底报销 政策范围	大病保险 合规范围
四、医疗服务类				
13	《医疗服务项目目录》部分支付类项目及重点监控类项目，不计入可报销费用政策范围部分的费用	不纳入		
14	《医疗服务项目目录》目录外医疗服务项目	不纳入		不纳入
15	限制临床应用医疗技术（造血干细胞移植技术除外），不计入可报销费用政策范围部分的费用	不纳入		不纳入
16	《医疗服务项目目录》不予支付类项目（不含本表20—30项）	不纳入		不纳入
五、医用材料类				
17	部分支付类医用材料（国产材料），不计入可报销费用政策范围部分的费用	不纳入		
18	部分支付类医用材料（进口材料），不计入可报销费用政策范围部分的费用	不纳入		
19	不予支付类医用材料（不含本表20—30项）	不纳入		不纳入
六、其他类				
20	特需病房（病区）发生的住院医疗费用，特需医疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
21	非协议医疗机构、非医疗机构发生的医疗费用、医疗机构发生的非医疗费用（急诊急救以及统筹地区另有规定的情况除外）	不纳入	不纳入	不纳入
22	各类器官、组织移植的器官源和组织源费用	不纳入	不纳入	不纳入
23	享受定额补助的住院分娩（含手术产）当次住院医疗费用	不纳入	不纳入	不纳入
24	各种各类非功能性整容或矫形手术、预防保健、健康体检、美容健美、医疗咨询或鉴定、减肥增胖增高等非疾病治疗类原因引发的医疗费用（精神科咨询除外）	不纳入	不纳入	不纳入
25	气功疗法、音乐疗法、保健性营养疗法、磁疗等辅助性治疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
26	眼镜、义眼、义齿、义肢、助听器等辅助康复器具（另有规定的除外），各种家用或自用检查、检测、治疗仪等器械费用	不纳入	不纳入	不纳入
27	各种不育（孕）症、性功能障碍引发的住院医疗费用（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
28	临床实验类诊疗项目费用以及物价政策规定不可单独收费的一次性材料	不纳入	不纳入	不纳入

序号	项目/费用	政策范围内 费用范围	保底报销 政策范围	大病保险 合规范围
29	国家、省医疗保障部门规定的其它不予支付的项目或费用	不纳入	不纳入	不纳入
<p>备注：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 省外住院患者通过国家平台即时结算的，仍按就医地医保目录及价格政策执行，不受本表负面清单限制。 2. 《药品目录》乙类药品及《医疗服务项目目录》部分支付类项目，按 10%—30%的比例不计入可支付费用政策范围（统筹地区自主规定具体比例）。 3. 《医疗服务项目目录》重点监控类项目，按 50%的比例不计入可支付费用政策范围。 4. 限制临床应用医疗技术（造血干细胞移植技术除外），按 50%的比例不计入可支付费用政策范围。 5. 部分支付类医用材料（国产材料），按 20%的比例不计入可支付费用政策范围。 6. 部分支付类医用材料（进口材料），按 40%的比例不计入可支付费用政策范围。 7. 床位费城乡居民医保最高支付标准按 35 元/床日计算。 8. 参保人员在临床治疗过程中，使用全血、血浆、手工分红细胞悬液、手工分为浓缩血小板、机采血小板、洗涤红细胞、冷沉淀、去白红细胞、浓缩白细胞、人血白蛋白等 10 种血液制品，按《药品目录》乙类药品处理，其他血液制品按照目录外药品处理。 				

抄送：市委各部门，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市法院、
检察院，合肥警备区，各人民团体，各民主党派。

合肥市人民政府办公厅

2018年8月31日印发
